



MEDICINA HUMANA

Nombre del alumno: Juan Bernardo Hernández López

Docente: DR. Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Nombre del trabajo: Resúmenes de unidad

Materia: Análisis de la decisión en la clínica

Grado: 8°

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de abril de 2024.

SDR

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso.

para prevenir o tener en cuenta un posible Síndrome de Dificultad Respiratoria debemos tener en cuenta algunos factores que pueden predisponer a que llegue a ocurrir los cuales son:

Hipotermia, Asfixia perinatal, No haber recibido esteroides prenatales, ser masculino.

Para un diagnóstico del SDR podremos apoyarnos de clínica, exploración y confirmando.

En la clínica podremos obtener los siguientes datos: signos de dificultad respiratoria progresiva, son los primeros signos que sugieren la presencia de SDR en el recién nacido prematuro, al momento de la exploración y al observar los primeros datos utilizaremos la escala de Silverman Anderson y estratificamos a nuestro px de una manera clínica dependiendo de la misma posteriormente nos apoyaremos con medio de estudios de imagen para tener más puntual la gravedad del síndrome.

Dividiéndolo en 4 estadios (leve, moderado, grave y muy grave) teniendo datos característicos de cada uno

Leve

- * Imagen retículo granular muy fina.
- * Broncograma aéreo muy discreto, no sobrepasa la imagen cardio tímica.
- * Transparencia pulmonar conservada

Moderado

- * Imagen retículo granular se extiende a través de todo el campo pulmonar.
- * La broncograma aérea es muy visible y sobrepasa los límites de la silueta cardíaca.
- * La transparencia pulmonar está disminuida.
- * Disminución del volumen pulmonar.
- * Esta es la forma más clásica•

Grave

- * Infiltrado retículo granular muy difuso, los nódulos tienden hacerse más confluentes.
- * Mayor visibilidad de la broncograma aérea, pueden verse ya ocupados bronquios del 2° y 3er orden.
- * La transparencia pulmonar disminuida, todavía se distinguen los límites de la silueta cardíaca.

* Disminución del volumen pulmonar.

Muy grave:

- La opacidad del tórax es total

(Imagen en vidrio esmerilado o despulido).

* No se distingue silueta cardiaca ni límites del hemi diafragma

* Total ausencia de aire pulmonar.

- [x] Exámenes de laboratorio y Gabinete

* Gases en sangre arterial.

En estos se documentará el grado de hipoxemia e hipercapnia ($PaO_2 < 50$ mm Hg en aire ambiente o que necesite oxígeno

suplementario para lograr una $PaO_2 > 50$ mm Hg).

* Aspiración del contenido gástrico.

Muestra las cantidades de surfactante similares al líquido pulmonar por lo que puede ser usada para demostrar si hay surfactante pulmonar al nacimiento. Una prueba de agitación del aspirado gástrico sin formación de burbujas (test negativo) aumenta la probabilidad del diagnóstico de SDR.

* Exámenes de imagen

Radiografía de tórax anteroposterior (Alta opacidad o aspecto retículo granular difuso/ vidrio esmerilado)

- [x] Tratamiento farmacológico y no farmacológico

* Oxígeno suplementario, que deberá ser solo el necesario para mantener los niveles de oxígeno en sangre adecuadas

* Surfactante exógeno

* Ambiente termino neutro

* correcto aporte nutricional evitando la pérdida de peso y posteriormente favorezca ganancia ponderal.

* Asistencia ventiladora adecuada

Ictericia neonatal

corresponde a una gran variedad de enfermedades en el recién nacido con o sin otros signos acompañantes y puede ser la manifestación de la hiperbilirrubinemia.

La ictericia es la coloración amarilla de la piel, resultado del incremento en la bilirrubina circulante.

La ictericia se detecta en la inspección del recién nacido generalmente cuando la bilirrubina sérica total excede los 5mg/dL.

La bilirrubina total sérica es la combinación de la bilirrubina conjugada y no conjugada, en los neonatos la bilirrubina total sérica está casi totalmente compuesta por bilirrubina indirecta ó no conjugada y unida a proteínas de la sangre, particularmente a la albúmina.

La bilirrubina no conjugada entra al tejido encefálico como bilirrubina libre cuando se excede la capacidad fijadora de la sangre o bien por la competencia de otros compuestos por lo sitios de unión: como algunos fármacos del tipo de las sulfonamidas.

En algunos casos puede atravesar la barrera hemato encefálica unida a la albúmina, ó en condiciones de ruptura de dicha barrera por diversas circunstancias como en la prematuridad extrema, acidosis, sepsis, etc., favoreciendo la presencia de encefalopatía por hiperbilirrubinemia.

Teniendo en cuenta los puentes anteriores y diciendo cada uno de los tipos que pueden existir y la derivación fisiológica de cada uno de ellos hablaremos a los factores de riesgo que predispondrán a que un RN tenga ictericia.

Como sabemos el dato principal es la coloración de la piel en RN debido a la bilirrubina.

Pero los factores que tendremos para la presentación de la misma son:

- * lactancia no exitosa exclusiva con leche materna
- * pérdida de peso excesiva
- * Deshidratación

Sin embargo, no existe consistencia en los OR reportados en la literatura.

La pobre ingesta calórica con o sin deshidratación asociada a una inadecuada lactancia materna puede contribuir al desarrollo de hiperbilirrubinemia.

Se ha demostrado que la suplementación con agua o solución con glucosa:

- * No previene la hiperbilirrubinemia
- * Ni tampoco disminuye los niveles de bilirrubina sérica total

Los recién nacidos alimentados con lactancia materna tienen mayor riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia que aquellos recién nacidos alimentados con fórmula, sin embargo se reconoce que el riesgo de desarrollar encefalopatía hiperbilirrubinémica es bajo.

- * Se reconoce que el céfalo hematoma y la equimosis favorecen la presencia de ictericia.
- * Se reconoce la dificultad para la identificación temprana de este signo.
- * El 64% de los reingresos de los recién nacidos presentaron hiperbilirrubinemia crítica.
- * Algunos autores recomiendan, si se realiza tamiz metabólico neonatal, en recién nacidos con factores de riesgo, obtener al mismo tiempo muestra para bilirrubina sérica total.
- * RN sin ictericia pero con hermanos con hiperbilirrubinemia y edad gestacional < de 37 semanas, se sugiere la observación y proceder a tomas de muestra (Bilirrubina derivada total, GPO sanguíneo y coobs en primeras 8 hrs)
- * Se reconoce la deficiencia de Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa en recién nacidos causa hiperbilirrubinemia severa (mayor hincapié en etnia y historia familiar)

- Dx clínico

cuantificación de bilirrubina sérica total o bilirrubina trans cutánea en las primeras 24 a 72h predice la presencia de hiperbilirrubinemia severa.

Los niveles de bilirrubina total que excedan el percentil 95% de acuerdo a la edad postnatal en horas se considera hiperbilirrubinemia.

* Para los fines de esta guía, niveles entre 20-24mg/dl, se considera hiperbilirrubinemia severa.

* Entre 25 y 30mg/dl como hiperbilirrubinemia crítica o extrema; estos valores no aplican para los recién nacidos menores de 35 semanas

Se ha descrito que el nivel sérico de bilirrubina total ubicadas entre el percentil 40 y 75, cuantificada entre las 18 a 72 horas de vida postnatal, predicen al 2.2% de los niños con hiperbilirrubinemia severa En los recién nacidos > de 96 horas de vida extrauterina, con determinación sérica de bilirrubinas total por debajo del percentil 40 no se reportó casos de hiperbilirrubinemia severa.

- Tratamiento farmacológico

* El espectro de la luz irradiada por la fototerapia es entre 430 a 490 nm.

* La luz blanca, de halógeno y azul son recomendadas (penetra mejor la piel)

* Se evidencio que el uso de fototerapia favorece una reducción absoluta del 10 al 17% del riesgo de hiperbilirrubinemia severa en recién nacidos > de 34 semanas con nivel de bilirrubina sérica total mayor o igual de 13 mg/dL

* La efectividad de la fototerapia mejora a mayor superficie corporal expuesta.

* Los ojos del recién nacido que recibe fototerapia deben ser cubiertos durante todo el tiempo que dure el tratamiento. Debe observarse las medidas de seguridad para cada tipo de fototerapia.

* Se considera que el tratamiento con fototerapia es exitoso si se logra decremento promedio del 6 al 20% respecto al nivel inicial de bilirrubina sérica total en las primeras 24 h. Con lámparas de luz azul pueden lograrse decrementos del 30 al 40%.

-vigilancia y seguimiento

Se recomienda realizar en:

- * un cuarto iluminado (luz del día)
- * con la inspección y la digito presión
- * en dirección céfalo caudal

Realizar previo a su egreso una revisión exhaustiva en los recién nacidos con alto riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia.

La enfermera debe promover la alimentación con leche materna en todos los recién nacidos y orientar en:

- * la evaluación de una adecuada ingesta (exitosa) durante la primera semana de vida del recién nacido
- * nacido: de 8 a 12 tomas al día.
- * Numero de pañales húmedos en 24horas: 4 a 6
- * cambio de las características de la evacuación entre el tercer y cuarto día de vida postnatal